Lane Medical Library

Aus der Kieler Universitäts-Kinderklinik.
(Vorstand: Prof. Rominger.)

Ein Fall von Ileus bei tuberkulöser Peritonitis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Doris Erna Stolleis
aus Landau.

Buchdruckerei Thiele, Gütersloh i. Westf.

Aus der Kieler Universitäts-Kinderklinik.
(Vorstand: Prof. Rominger.)

Ein Fall von Ileus bei tuberkulöser Peritonitis.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Doris Erna Stolleis

aus Landau.

Buchdruckerei Thiele, Gütersloh i. Westf.

Nr. 18

Rektorratsjahr 1933/34.

Referent: Prof. R o m i n g e r.

Zum Druck genehmigt: Prof. Dr. R. S c h r ö d e r, Dekan.

Die tuberkulöse Peritonitis gehört zu einem der häufigsten und an genauesten durchuntersuchten Krankheitsbilder des Kindesalters. Trotzdem gibt es dabei noch eine Reihe von besonderen Erscheinungen, wie z. B. die Tabes mesaraica, die Oedeme und Perforationen, die wegen ihres seltenen Auftretens nur weniger gut bekannt und beschrieben sind. Zu diesen Erscheinungen gehört auch der Ileus.

In den neueren Lehr- und Handbüchern findet sich über den vollständigen Darmverschluß im Verlaufe der tuberkulösen Peritonitis sehr wenig. Die deutsche Literatur bietet vom Jahre 1921—1933 nur 3 Fälle. In der französischen Literatur wurden 1920 von Aimes 68 Fälle zusammengestellt, die in einem Zeitraum von 1880—1914 von französischen und englischen Autoren beschrieben wurden.

Ich berichte zuerst kurz über die von deutscher Seite dargestellten Fälle:

1. Fall:

Hornuth beobachtete (1921) bei einem früher stets gesunden 13jährigen Knaben einen ganz akut auftretenden Ileus mit den bekannten, bedrohlichen Symptomen.

Bei der Operation zeigte sich das ganze Mesenterium mit tuberkulösen Drüsen durchsetzt. An einer Stelle war der Dünndarm fest mit dem Mesenterium verwachsen, wodurch die Stenose verursacht wurde. Ein geringes serös-fibrinöses Exsudat war vorhanden. Die tuberkulöse Natur der Erkrankung wurde durch mikroskopische Untersuchung bestätigt.

Da nach Ansicht des Verfassers wegen der schwer zu lösenden Verwachsungen und der bereits bestehenden Zirkulationsstörungen eine Anastomose kaum möglich war, wurde eine Enteroplastik gemacht (Längsincision und quere Naht im Bereich der Stenose).

Der Verlauf war ungestört. Die Entlassung erfolgte nach 14 Tagen.

2. Fall:

In dem von Hirt (1913) mitgeteilten Fall eines 23jährigen Mannes bestanden seit 7 Wochen Zeichen eines unvollständigen Darmverschlusses, nämlich; anfallsweise auftretende, krampfartige Leibschmerzen, die mehrere Stunden anhielten und von Erbrechen begleitet waren. 6 Tage vor der Aufnahme Vorhalten von Stuhl und Winden mit Verschlimmerung der allgemeinen Beschwerden.

Die Operation ergab eine ausgedehnte Mesenterialdrüsentuberkulose, die mikroskopisch bestätigt wurde. Mit einem tuberkulös veränderten Lymphknoten war sowohl die Spitze des Prozessus vermiformis als auch eine Appendix epiploica des Colon sigmoideum verwachsen. Unter der so gebildeten Brücke war eine Darmschlinge durchgetreten und um 180° gedreht. Sie war bläulich verfärbt, zeigte aber noch Peristaltik. Der Strang wurde durchtrennt und eine Appendektomie vorgenommen. Der Verlauf war günstig. Am 2. Tag post oper. bereits regelmäßige Stuhlentleerungen.

3. Fall:

Im folgenden, von Brüning beobachteten Fall wurde die Stenose anscheinend durch ein tuberkulöses Darmgeschwür verursacht. Da jedoch gleichzeitig eine für die Entstehung des Ileus nicht gleichgültige Beteiligung des Peritoneums vorlag, glaube ich, berechtigt zu sein, über diesen Fall hier kurz zu berichten.

Es handelt sich um einen 14jährigen Jungen, der stets gesund war und 4 Tage vor der Aufnahme plötzlich mit Erscheinungen des Darmverschlusses erkrankte.'

Die Operation ergab eine serös-fibrinöse Entzündung des Peritoneums. Im unteren Dünndarm fand sich ein zirkuläres Darmgeschwür. An der gleichen Stelle war der Darm durch eine Verwachsung mit der Bauchwand stark abgeknickt. Mikroskopisch wurde Tuberkulose nachgewiesen. Es wurde eine Resektion des erkrankten Abschnittes vorgenommen, jedoch nicht weit genug im gesunden. Infolge von Nahtinsuffizienz kam es zur tödlichen Peritonitis.

Zusammenfassung:

In den drei von deutscher Seite beschriebenen Fällen handelt es sich um jugendliche Patienten im Alter von 13, 14 und 23 Jahren. In 2 Fällen trat der Ileus akut als erstes Krankheitssymptom auf, in einem Fall ging er aus einem mehr chronischen Stadium hervor. Die allgemeingültige Ansicht über die Häufigkeit der akuten und chronischen Form des Ileus ist nach Frank, Mayerhofer und Brüning die, daß der chronische und intermittierende Ileus die häufigere Form darstellt.

Als Ursache des Verschlusses ist zweimal eine ausgedehnte Mesenterialtuberkulose zu verzeichnen, die in einem Fall zu Verklebung von Darmschlingen, im anderen Fall zur Strangulation einer Darmschlinge mit anschließender Drehung geführt hat. Die hier seit 7 Wochen bestehenden kolikartigen Leibschmerzen waren offenbar Zeichen eines unvollständigen Verschlusses. Erst die Drehung der Darmschlinge hat zum kompletten Ileus geführt.

Im dritten Fall bestand neben einem zirkulären, anscheinend stenosierenden Darmgeschwür eine Abknickung des Darmes im Bereich der Stenose, die vielleicht an der Entstehung des Ileus nicht unbeteiligt war.

Die Krankheitssymptome waren charakteristisch: Verhalten von Stuhl und Winden, Erbrechen, Auftreibung des Leibes, Schmerzen. Zweimal wurden Darmsteifungen angegeben als Ausdruck einer schon länger bestehenden geringen Passagestörung. Indem der Darmabschnitt oberhalb der Stenose versucht, das Hindernis möglichst lange zu überwinden, hypertrophiert die Muskulatur der Darmwand. Offenbar war die Diagnose in allen Fällen schwierig, denn die Operation erfolgt spät, 3, 4 und 6 Tage nach dem Auftreten der ersten Ileus symptome.

Für die Operationsmethodik gibt es keine allgemeingültige Regel. Sie ist abhängig erstens vom lokalen Befund, zweitens vom Allgemeinzustand des Patienten.

Brüning ist der Ansicht, „daß, wenn der Allgemeinzustand es irgend erlaubt und die Radikaloperation nicht aussichtslos ist, eine Resektion vorzunehmen ist". Er gibt ihr den Vorzug vor der Enteroanastomose, da es nie sicher ist, daß nicht neue Erscheinungen ein erneutes Eingreifen erfordern.

Hornuth hat die Enteroplastik der Enteroanastomose vorgezogen, da im Bereich der verklebten Darmschlingen an mehreren Stellen Zeichen einer Zirkulationsstörung bestanden.

Hirt hat durch Durchtrennung der Brücke mit anschließender Appendektomie die eingeklemmte Darmschlinge befreit.

Der Verlauf war in 2 Fällen günstig. In einem Fall kam es durch Nahtinsuffizienz zu einer tödlichen Peritonitis.

Ehe ich die von Aimes zusammengestellten Fälle kurz betrachte und seine Resultate wiedergebe, will ich vorausschicken, daß in der Arbeit nicht mitgeteilt wird, ob die Tuberkulose des Peritoneums oder der Mesenterialdrüsen mikroskopisch nachgewiesen wurde. Die Ergebnisse müssen deshalb wohl mit einer gewissen Vorsicht beurteilt werden.

Im Gegensatz zu den deutschen Autoren ist Aimes der Ansicht, daß der akute Ileus im Verlauf der tuberkulösen Peritonitis die häufigere Form darstellt. Er fand in nur 25 von 68 einen chronischen, in den übrigen 43 Fällen dagegen einen akuten Ileus.

Als charakteristisch für den chronischen Verschluß bezeichnet er das wechselnde Auftreten von Obstipationen und Diarrhoeen. Auch Frank legt auf dieses Symptom großen Wert. Er erklärt diese Erscheinung dadurch, daß der stagnierende Darminhalt sich zersetzt und eine chemische Reizung der Darmwand hervorruft. Dadurch wird eine starke Peristaltik ausgelöst, die den Inhalt weiter befördert. In den tieferen Darmabschnitten verursacht der zersetzte Darminhalt katarrhalische Erscheinungen und führt zur Diarrhoe.

Auf die Lebensalter verteilen sich die Fälle folgendermaßen:

24 Fälle von 2—15 Jahren
43 „ „ 20—45 „
nur 1 Fall von 15—20 „

Aus der großen Zahl der Ursachen des Ileus stellt der Verfasser drei Mechanismen als die häufigsten heraus:

1) Strangbildung:
25 reine Fälle,
6 kombinierte mit Verklebungen.
2) Verklebungen:
15 reine Fälle,
7 kombiniert mit Strangbildung und Invagination.
3) Lähmung:
13 Fälle.

Der Strangulationsileus kann sehr verschiedene Bilder darbieten, je nach dem Sitz des Stranges. So fand Lejars bei einer 37jährigen Frau, bei der klinisch typische Zeichen einer Pylorusstenose bestanden, einen vertikal an der Vorderseite des Pylorus ausgespannten Strang, der den Pylorus komprimierte.

In den Fällen, in denen der Ileus durch Verklebungen verursacht wurde, war nach Aimes häufiger eine geringe Menge einer trüben Flüssigkeit vorhanden, die meist abgekapselt war. Die Darmschlingen waren mit tuberkulösen Granulationen bedeckt und zu großen, höckrigen Tumoren verwachsen.

Beim paralytischen Ileus zeigten sich die Darmschlingen dilatiert und gerötet. Die Serosa war matt und mit miliaren Knötchen übersät. Ein Exsudat war nur in 2 Fällen vorhanden. Nach Aimes ist das gleichzeitige Auftreten eines Exsudates und eines paralytischen Ileus ein seltenes Ereignis. Man hat sogar die Möglichkeit des Zusammentreffens verneint. Als Ursache der Darmlähmung sind eine Reihe von Hypothesen aufgestellt worden, die im wesentlichen dasselbe aussagen. Es handelt sich entweder um einen visceralen Reflex, ausgelöst durch Reizwirkung der Tuberkel auf das Peritoneum oder um direkte Einwirkung der Toxine auf die nervösen Elemente in der Darmwand selbst.

Die Diagnostik bezeichnet der Verfasser als außerordentlich schwierig, da das klinische Bild je nach der Natur und dem Sitz des Hindernisses sehr wechselt. So sind eine Reihe von Fehldiagnosen zu verzeichnen und zwar: akute Appendicitis, perforierter Appendix, eingeklemmte Hernie, Bleikolik u. a. In 3 Fällen wurden nach Auftreten der Ileussymptome noch Stuhlentleerungen beobachtet, wodurch die Diagnosestellung besonders erschwert werden kann.

Ergebnisse der Operationen.

Von 68 Patienten wurden 63 operiert. Von den 5 nicht operierten starben 4. Von den 63 operierten starben 22 sofort nach der Operation, 7 im Laufe des ersten Jahres z. T. an Rezidiven, z. T. an anderen tuberkulösen Erkrankungen.

Endgültig geheilt wurden also 34 Patienten = 50% sämtlicher beobachteter Ileusfälle.

Strangdurchtrennung hat eine Mortalität von **27%**; Lösung von Verklebungen eine Mortalität von **43%**. Hier erhöht sich die Zahl wesentlich, wenn der Darm verletzt wird.

Nach Aimes sprechen die tuberkulösen Veränderungen des Peritoneums und die Darmlähmung auf die einfache Eröffnung der Bauchhöhle gut an.

In der Kieler Kinderklinik hatten wir Gelegenheit, einen Fall von Ileus im Verlaufe einer tuberkulösen Peritonitis zu beobachten, den ich hier kurz mitteilen möchte.

Vorgeschichte: Es handelt sich um einen 14 Monate alten, von gesunden Eltern stammenden Knaben. Er wurde 6 Monate von der Mutter genährt und dann auf normale Kost umgesetzt. Die Erkrankung begann 4 Wochen vor der Aufnahme mit starker Appetitlosigkeit. Acht Tage später traten Erbrechen und Durchfall auf. Die Stühle waren wässrig-schaumig. Die Temperatur stieg zeitweise auf 39°. Unter vorsichtiger Ernährung mit Reis und Haferschleim besserten sich die Stühle, das Erbrechen blieb jedoch bestehen. Da der Allgemeinzustand immer schlechter wurde und das Kind stark abmagerte, erfolgte die Aufnahme in die Klinik.

Der Befund am 15. Februar 1935 war folgender: Leicht reduzierter Ernährungszustand. Die Haut ist blaß, das Fettpolster schwammig, der Tonus der Muskulatur herabgesetzt. Die Entwicklung des Skelettsystems entspricht dem Alter des Kindes. Das Abdomen ist stark aufgetrieben und gibt bei der Perkussion tympanitischen Schall. Eine nähere Palpation ist wegen der Spannung nicht möglich.

Die übrigen Organe zeigen keinen pathologischen Befund.

Temperatur 38,1°.

Das Kind ist während der Untersuchung sehr unruhig und weinerlich.

Die Vorgeschichte und der Befund ließen zuerst an eine Enterocolitis denken.

Der Krankheitsverlauf ergab zunächst nichts Besonderes. Die Temperatur schwankte zwischen 37,6 und 39,5°. Während die Stühle bei leichter Kost rasch ganz normal wurden, bestand das

Erbrechen weiter und konnte auch durch eine am 3. Tag vorgenommene Teepause nicht beeinflußt werden.

Die Perkutan-Reaktion war negativ, die Alt-Tuberkulinprobe in einer Verdünnung von 1 : 1000 zunächst unsicher. Die Röntgenaufnahme der Lunge zeigt keinen pathologischen Befund. Der Stuhl war bakteriologisch stets negativ. Täglich konstante Gewichtsabnahme um etwa 100 g.

Am 7. Tag war die Alt-Tuberkulinreaktion in der gleichen Konzentration 1 : 1000 positiv.

Am 9. Tage wird wegen einer ausgesprochenen Nackensteifigkeit eine Lumbalpunktion vorgenommen, die jedoch völlig normalen Liquor ergibt.

Am 10. Tage ist das Kind sehr unruhig. Die Auftreibung des Leibes ist eher stärker geworden. Temperatur schwankt um 38°.

Am 13. Tage wird eine Palpation in Narkose vorgenommen. Sie ergibt eine ausgesprochene Tumorbildung in der linken Bauchseite.

Hierauf wird die Diagnose tuberkulöse Peritonitis gestellt.

Wegen der noch immer deutlichen Nackensteifigkeit wird die Lumbalpunktion wiederholt. Sie ergibt normalen Liquor.

Am 16. Tage macht das Kind bereits einen schwer kranken Eindruck. Starker Turgorverlust der Haut. Der Leib ist trotz regelmäßiger Stühle und Darmrohr noch immer stark aufgetrieben. Erbrechen und Gewichtsabnahme bestehen weiter. Das Fieber hat jetzt mehr remittierenden Charakter angenommen, schwankt zwischen 37,2 und 39,2°.

Am 18. Tag sieht das Kind verfallen aus. Am Nachmittag treten plötzlich Ileussymptome auf, nämlich heftiges Erbrechen, Darmsteifungen. Seit über 24 Stunden kein Stuhlgang mehr.

Die in der Chirurgischen Klinik sofort vorgenommene Operation ergab im linken Oberbauch einen großen, höckrigen Tumor, dem fast die ganzen Darmschlingen angehörten. Es wurde versucht, die ausgedehnten Verklebungen, die zum Ileus geführt hatten, zu lösen, doch kam das Kind einige Stunden nach der Operation ad exitum.

Die im pathologischen Institut vorgenommene Sektion ergab folgenden Befund:

In der Bauchhöhle befanden sich etwa 50 ccm einer rötlichen, serösen Flüssigkeit.

Die Serosa des Darmes war dicht besetzt mit etwa stecknadelkopfgroßen, weißlichen Knötchen. Die Darmschlingen waren vielfach miteinander verwachsen. Das Netz war in ein derbes, im linken Oberbauch liegendes Gewebe verwandelt. Das Mesenterium, das ebenfalls übersät war mit kleinen Knötchen, war mit dem Pankreas zu einem großen Tumor verbacken. Diesem Tumor gehörten zahlreiche Lymphknoten an, die zum Teil stark vergrößert waren und auf dem Durchschnitt käsigen Inhalt zeigten. Der Darm enthielt im

Jejunum zahlreiche bis erbsengroße Geschwüre mit rötlichem Grund und wallartig erhabenem Rand. Im Ileum waren die Peyer'schen Haufen geschwollen, und teilweise enthielten sie die gleichen Geschwüre.

Die Lungen waren besonders in den Unterlappen von etwas vermehrter Konsistenz. Auf der Schnittfläche waren sie hellrot und von gleichmäßiger Zeichnung.

Die Leber wies eine hochgradige Verfettung auf und zeigte besonders an der ventralen Oberfläche einige verdickte, mit feinen Knötchen besetzte Partien.

Die übrigen Organe zeigten normalen Befund.

Die histologische Untersuchung ergab eindeutige tuberkulöse Geschwüre im Dünndarm und tuberkulöse Granulationen auf dem Peritoneum. Ausgedehnte käsige Lymphadenitis der Mesenteriallymphknoten mit stellenweiser Einschmelzung. In den Lungen sind einige submiliare Tuberkel vorhanden, an einer Stelle, die bei der Betastung vermehrte Konsistenz ergab.

Epikrise.

Es handelt sich im vorliegenden Falle demnach um einen akut auftretenden Ileus als Komplikation einer tuberkulösen Peritonitis von adhäsiv-proliferativem Charakter.

Ausgehend vom Sektionsbefund, der neben der sehr ausgedehnten Bauchtuberkulose nur eine ganz geringe Beteiligung der Lungen in Form einiger submiliarer Tuberkel bei freien Bronchialdrüsen ergab, muß man annehmen, daß die Tuberkulose vom Bauch ihren Ausgang genommen hat. Es handelt sich offenbar um einen der sehr seltenen Fälle von enterogener Tuberkulose mit Metastasierung in der Lunge. In diesem Sinne wenigstens ist das Freisein der Bronchialdrüsen von Tuberkulose zu verwerten.

Man muß annehmen, daß der Prozeß sich in folgender Weise entwickelt hat:

Am Ort der Inoculation im Darm finden sich multiple tuberkulöse Geschwüre, die wenig Tendenz zur lokalen Ausbreitung zeigen. Auf dem Wege einer spezifischen Lymphangitis wurden die regionären Lymphknoten des Mesenteriums befallen. Die Darmgeschwüre und Lymphknoten stellen zusammen den Primärkomplex dar. Das Fehlen eines charakteristischen Primärherdes in der Lunge, die Freiheit der Bronchialdrüsen sprechen dafür, daß die Beteiligung der Lungen sekundär auf hämatogenem Wege vom Abdomen aus entstanden ist. Nach Engel hat die primäre Bauchtuberkulose zwar das Bestreben, innerhalb des Bauches lokalisiert zu bleiben, doch erwähnt er, daß Metastasen vorkommen.

Das sehr rasche Weiterschreiten der tuberkulösen Veränderungen in den Mesenteriallymphdrüsen, die zu ausgedehnten Verkäsungen führten, ist ein Ausdruck der herabgesetzten spezifischen Resistenz des Organismus (Beitzke).

Die Beteiligung der Serosa ist so zu erklären, daß zunächst von den Darmgeschwüren aus eine umschriebene tuberkulöse Bauchfellentzündung entstanden ist dadurch, daß die Bazillen die Darmwand durchwandern und hier eine Aussaat kleinster Knötchen hervorrufen. Der Einbruch eines verkästen Serosatuberkels oder einer verkästen Drüse führte zur Streuung über das ganze Peritoneum.

In dem oben beschriebenen Fall war das Peritoneum parietale weniger stark beteiligt und befand sich in einem geringen Reizzustand. Infolgedessen ist das Exsudat spärlich und von hohem Fibringehalt. Wir haben das Bild der adhäsiv-proliferativen Form der tuberkulösen Peritonitis. Die Auflagerungen auf den Darmschlingen haben zu Verklebungen untereinander und dadurch zum Ileus geführt.

Der schleichende Beginn und die diffusen Beschwerden wie Erbrechen und vorübergehend schlechte Stühle, die zunächst an eine einfache Darmaffektion denken lassen, sind für manche Formen der tuberkulösen Peritonitis charakteristisch. Die Erkrankung kann aber mitunter auch plötzlich, aus scheinbarer Gesundheit, mit hohem Fieber und starken Schmerzen erfolgen. Bei beiden Formen kann die Erkennung der Krankheit im frühen Stadium unmöglich sein. Auch hier konnte die Diagnose erst geklärt werden durch die Palpation der Tumoren im Abdomen bei gleichzeitiger positiver Tuberkulinreaktion.

Daß die Stühle trotz der Schwere des Krankheitsbildes bis zum Auftreten des Ileus fast normal waren, ist wohl so zu erklären, daß einerseits die Veränderungen im Darm nicht hochgradig genug waren, um zu wesentlichen Blut- oder Schleimbeimengungen zu führen, und daß andererseits nicht alle Mesenterialdrüsen aus dem Resorptionsprozeß ausgeschaltet waren.

Der Ileus trat akut in Erscheinung. Jedoch weisen der langsam stärker werdende Meteorismus und die vor dem Verschluß auftretenden Darmsteifungen darauf hin, daß schon längere Zeit eine Erschwerung der Darmpassage bestanden hatte.

Als Therapie kann nur die möglichst frühzeitige Operation in Frage kommen. Obwohl im oben beschriebenen Fall der Ileus sofort erkannt und die Operation wenige Stunden später vorgenommen wurde, war der Verlauf wegen des schlechten Allgemeinzustandes und der bereits ausgedehnten Verklebungen ungünstig. Der Exitus erfolgte noch am gleichen Tage.

Im Gegensatz zu den von Hornuth, Hirt und Brüning beschriebenen Fällen, bei denen es sich um 13-, 14- und 23jährige Patienten handelte, erkrankte hier ein ganz junges Kind primär an

einer Bauchtuberkulose. Es war eine sehr schwere Peritonealtuberkulose mit an sich schon bedenklicher Prognose, und die Komplikation mit Ileus ließ den Verlauf von vorneherein fast aussichtslos erscheinen.

Für die Erklärung der relativen Seltenheit der Erkrankung ist offenbar die Lokalisation der tuberkulösen Veränderungen von Bedeutung. Die entzündlichen Vorgänge spielen sich häufiger auf dem parietalen Teil des Bauchfelles und auf dem Netz ab. In solchen Fällen ist das Peritoneum parietale in seiner ganzen Ausdehnung mit miliaren Knötchen übersät, die geringe Neigung zu Vergrößerung und Verkäsung zeigen. Als Ausdruck eines stärkeren Reizzustandes des Peritoneums tritt hier ein erheblicher serös-entzündlicher Erguß auf. Die Serosa das Darmes ist in diesem Falle relativ wenig verändert, und Verwachsungen werden demnach meist fehlen, oder auf kleine Stellen beschränkt sein.

Anders bei den selteneren proliferativen Formen der tuberkulösen Peritonitis. Hier stehen die Veränderungen an der Serosa der Darmschlingen und des Mesenteriums im Vordergrund. Starke Rötung und fibrinöse Beläge finden sich neben Knoten tuberkulösen Granulationsgewebes, die mit verkästen Mesenterialdrüsen verwachsen sind. Die peritonitischen Ausschwitzungen sind weniger durch die Menge als durch den hohen Fibringehalt ausgezeichnet. Das Fibrin schlägt sich auf der Serosa nieder und führt zu Verklebungen, Strangbildungen und Abknickungen der Darmschlingen und zur Einengung des Lumens. Ein vollständiger Darmverschluß ist hierbei selten, meist handelt es sich um einen chronischen oder intermittierenden Ileus.

Bei der **Erkennung der Erkrankung** unterscheiden wir:

1) Die Diagnose des Ileus,
2) Die Diagnose der Ursachen des Ileus.

Ein voll ausgebildeter Ileus mit den charakteristischen Symptomen wird selten verkannt werden. Schwieriger kann die Erkennung von Frühfällen sein, wo allein der Darmverschluß besteht (Verhalten von Stuhl und Winden). In diesem Anfangsstadium legt Anschütz großen Wert auf das Symptom der metallisch plätschernden Schlinge. Auch das Röntgenverfahren kann gute Dienste leisten, das durch Spiegelbildung in den luftgeblähten und flüssigkeitsgefüllten Darmschlingen den Zustand demonstriert.

Die Diagnose der Ursache des Ileus wird meist erst bei der Operation gestellt werden, es sei denn, daß vorher eine tuberkulöse Peritonitis diagnostiziert wurde, oder daß andere bestehende tuberkulöse Veränderungen den Verdacht auf Bauchtuberkulose als Ursache des Ileus lenken.

Handelt es sich nicht um eine besonders schwer verlaufende Form der tuberkulösen Peritonitis, so wird bei frühzeitiger Erkennung diese Form des Ileus noch günstig beeinflußt werden können.

Zum Schluß sei noch einmal auf die auffallenden Zahlendifferenzen zwischen den Fällen der deutschen und französischen Literatur hingewiesen. 3 Fällen in 12 Jahren stehen 68 Fälle in 34 Jahren gegenüber. Da von seiten der französischen Autoren keine Angaben darüber gemacht wurden, daß die tuberkulöse Natur der Erkrankung sichergestellt war, muß man wohl annehmen, daß die Diagnosen nur vermutungsweise gestellt wurden. Man wird die Resultate daher entsprechend vorsichtig verwerten müssen.

Literatur.

Aimes: Rev. de Chir. **39,** 3, 1920.

Anschütz: Über den Ileus.

Brüning: Dtsch. med. Wschr. 1919, **40.**

Engel: Handb. d. Kindertuberkulose, **I, II.**

Franck: Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. **21.**

Hirt: Münch. med. Wschr. 1913.

Hornuth: Dtsch. med. Wschr. **27,** 1921.

Pfaundler-Schlossmann: Handb. d. Kinderheilk. **3.**

Strassburger: Handb. d. inn. Med. von Mohr-Stähelin.

Lebenslauf.

Ich wurde am 15. II. 1908 als Tochter des jetzigen Weingutsbesitzers Peter Stolleis in Landau/Pfalz geboren. Ich besuchte zunächst die Volksschule in Landau und nach Übersiedlung meiner Eltern nach Gimmeldingen/Pfalz das Lyzeum in Neustadt a. Haardt. Von 1924—27 bereitete ich mich in der Odenwaldschule (Bergstraße) zur Reifeprüfung vor, die ich im September 1927 an der Studienanstalt in Darmstadt ablegte. Während meiner vorklinischen Semester studierte ich in Freiburg, Wien und Kiel. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich im März 1932 in Kiel. Die folgenden 5 Semester absolvierte ich an den Universitäten in Freiburg, Rostock und Kiel. Im Sommer 1934 habe ich das medizinische Staatsexamen abgelegt.